

DESEO SEXUAL EN MUJERES EN VÍNCULOS HETEROSEXUALES. REVISIÓN DE MIRADAS DESDE LA MEDICINA SEXUAL Y LOS FEMINISMOS.

Carolina Sanson Collazo¹²

Resumen

El deseo sexual y los problemas relacionados a su disminución se encuentran entre las principales razones por las que las mujeres buscan atención desde la medicina sexual (1). Se propone realizar una revisión no sistemática de la bibliografía disponible, de artículos científicos y de literatura sobre el tema, y describir sus contenidos con una mirada de género y feminista. Se revisaron 43 artículos, en Pubmed y revistas especializadas en medicina sexual (The Journal of Sexual Medicine, Sexual Medicine Reviews, Sexual Medicine Open Access) de los cuales se seleccionaron 28. Además, se revisaron 4 libros sobre sexualidad y feminismo. De acuerdo a los contenidos de los trabajos seleccionados, se realizó una puesta a punto del concepto de deseo sexual en la mujer y sus teorías explicativas, donde destacamos la importancia de entender el tema desde su diversidad para un correcto abordaje. Se revisó además la evidencia disponible en relación a los factores individuales, interpersonales y contextuales que lo modulan, realizando la discusión de cada uno. De esta discusión surge la importancia de conocer e intervenir en cada una de las dimensiones en cada individuo en particular, con una mirada integral. El feminismo tiene a su vez un campo de conocimiento propio en este tema, que contribuye a entender como el patriarcado modela el deseo sexual de las personas, particularmente de las mujeres, a través de mandatos y penalizaciones sociales, que es importante identificar y abordar desde la medicina sexual. Desarrollar el conocimiento de cada determinante en el deseo sexual con perspectiva de género en el campo de la educación sexual puede contribuir a modular el impacto en el mismo sentido en todas las edades.

Palabras clave: *Female sexual desire, gender roles, straight women, sexual function, long term relationship*

1 Introducción y fundamentación.

El enfoque del estudio de la respuesta sexual femenina en general, y del deseo sexual en las mujeres, ha variado notablemente en los últimos años, desplazando la importancia desde los determinantes individuales, particularmente los biológicos, a los interpersonales y contextuales. A su vez, dentro del enfoque biopsicosocial (factores individuales, relacionales y contextuales) surgen nuevos elementos, habiendo consenso en que la diversidad y variabilidad interpersonal de los

“objetos de deseo” son la norma en esta dimensión de la respuesta sexual. Surgen además nuevas formas de mirar cada determinante, habiendo consenso también en promover la despatologización, cuestionar la colocación del problema únicamente en el “cuerpo” de las mujeres, y visibilizar las estructuras patriarcales que están en la base de este tema, y a las que el conocimiento científico, que es generado por personas que forman parte de esta estructura, responde.

La prevalencia de los problemas relacionados con el deseo sexual en las mujeres, y la diversidad de miradas sobre el mismo, justifican una revisión de la literatura disponible,

¹ Ex residente de Medicina Familiar y Comunitaria

² Diplomada en Medicina Sexual

Carolina Sanson Collazo

Correspondencia: sansoncarolina@gmail.com

La autora declara no tener conflicto de interés.

Fue recibido el 31 de julio de 2023

Aprobado el 31 de agosto de 2023

que acompañe y fortalezca ese cambio en el posicionamiento sobre el tema, con el fin de contribuir a la promoción del ejercicio de la sexualidad en las mujeres en forma plena, placentera, y libre de violencias y opresiones. El feminismo es una herramienta para este análisis ya que el género, aunque muchas veces invisibilizado o naturalizado, es un fuerte determinante social de la salud, e impacta en los procesos de salud enfermedad de las personas en general y las mujeres en particular.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general.

Contribuir, a través de una actualización del tema con una mirada feminista, a la promoción de un abordaje del deseo sexual de las mujeres, que aporte al ejercicio de su salud sexual de forma plena, activa, placentera, y libre de violencias y opresiones.

3.2 Objetivos específicos.

- Conocer y describir la evidencia disponible en relación al deseo sexual en las mujeres heterosexuales y sus determinantes.
- Orientar la revisión del conocimiento científico disponible sobre el tema hacia la salud sexual.
- Articular el conocimiento científico disponible con el que aporta el feminismo y su mirada sobre el tema.

4 Marco conceptual

La OMS en 2006 define sexualidad como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales ... y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (2).

La Salud sexual es parte de la salud integral de las personas en todas las etapas de su vida”. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos” (2).

La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control de

su salud para mejorarla, a través del fortalecimiento de habilidades y capacidades individuales y colectivas, y la modificación de las condiciones sociales, económicas y ambientales que provocan un impacto sobre la salud (2).

La educación para la salud, y en particular la educación sexual, es su herramienta fundamental. Se entiende como un proceso vinculado estrechamente a la formación de las personas, que aporta elementos de esclarecimiento y reflexión, para incorporar la sexualidad como una dimensión existencial de forma plena, enriquecedora y saludable en todo el transcurso vital. Se puede realizar tanto en el ámbito de la consulta médica como en espacios grupales (2).

El género, según Joan Scott, es “...una forma de poder que estructura la manera en que vemos, entendemos, concebimos y hablamos del mundo...” (3). A diferencia del término sexo que alude a diferencias biológicas, el género hace referencia al significado social de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia a como se construye socialmente el ser mujer y ser varón, y se traduce en asimetrías institucionalizadas en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos (4).

Es importante entender como estas relaciones desiguales se manifiestan en el campo de la sexualidad, siendo ésta última un terreno íntimo, pero también político donde se reproducen los sistemas de opresión presentes en la cultura patriarcal. Según Rostagnol S “...nuestros cuerpos están generizadamente sexuados, es decir que son las relaciones de género las que otorgan un carácter sexual a nuestros cuerpos...” (3).

5 Materiales y métodos.

Se realizaron búsquedas bibliográficas no sistemáticas en Pubmed, revistas especializadas en medicina sexual (The Journal of Sexual Medicine, Sexual Medicine Reviews, Sexual Medicine Open Access). Se complementó la mirada sobre el tema con la lectura de literatura feminista contemporánea sobre deseo y placer sexual en la mujer.

Se revisaron 43 artículos, de los cuales se seleccionaron 28 como base bibliográfica de este trabajo. Además, se revisaron 4 libros sobre feminismo que abordan el deseo sexual en las mujeres.

Se incluyeron artículos que analizan el deseo sexual en forma exclusiva como los que lo hacen en el contexto del análisis de la respuesta sexual en general, y los que se orientan a la excitación subjetiva (que se correlaciona con el deseo sexual en la mujer). La limitación por orientación sexual fue intencional, por el interés de profundizar en los aspectos contextuales-estructurales del deseo sexual en las mujeres y su mirada y abordaje desde las ciencias médicas, que, si bien se expresa en todas las personas independientemente de su género y orientación sexual, tienen máxima expresión en los vínculos entre mujeres y varones. (5). La limitación a vínculos estables fue porque la gran mayoría del conocimiento sobre el tema refiere a esta situación.

Se dio particular importancia a los artículos que, a través de distintos métodos como entrevistas, cuestionarios abiertos o estructurados, buscaban describir el tema desde las voces de las propias mujeres. En relación a la fecha de publicación, se seleccionaron artículos publicados entre 2010 y 2022.

Dado que el objetivo fue una actualización del tema desde la mirada de la salud y no de la patología sexual, (por la importancia de la promoción de la salud sexual en sí misma, y por su contribución a la prevención de aparición, y reducción de las repercusiones, de las patologías en esta área), no se incluyeron artículos que traten específicamente del deseo sexual hipoactivo en la mujer, exceptuando algunos que describían experiencias de mujeres con o sin problemas en esta área.

Se propuso entablar un diálogo entre el conocimiento que se desprende de la revisión realizada, en cada dimensión descrita, con las voces del feminismo en ese tema.

6 Discusión

6.1 Deseo sexual. Concepto y modelos explicativos

Existen múltiples modos de definir deseo sexual en la literatura consultada.

Kaplan en 1979 lo definió: “el deseo sexual o libido es vivenciado como sensación específica que mueve al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas” (6). Levin en 2003 lo define como el “estado psicológico subjetivo para iniciar y mantener el comportamiento sexual,

desencadenado por estímulos internos y/o externos”, identificando componentes biológicos (drive), psicológicos (motivation), y culturales (whish) (7).

En relación al deseo sexual como parte de la respuesta sexual humana, se ha transitado por diferentes etapas. Masters y Johnson en 1966 proponen el modelo lineal de la respuesta sexual, con sus 4 etapas: excitación, meseta, orgasmo, resolución. Posteriormente se han propuesto distintas modificaciones del modelo inicial tratando de atender a la diversidad en la respuesta sexual. Kaplan, en 1974, introduce el concepto de deseo sexual como precursor de la respuesta sexual. Schanarch en 1991 problematiza el sentido lineal e inicial de la fase de deseo. Plantea que la respuesta sexual no se puede representar en una curva de dos ejes sino de tres, es decir el deseo ocuparía un eje zeta tridimensional, pudiendo estar presente en todas las etapas (8). Basson (2000) con su modelo circular introduce la relevancia de los factores contextuales en la respuesta sexual femenina en comparación con la masculina, y la idea de que el deseo sexual no es necesario para iniciar la misma, existiendo otras motivaciones, y pudiendo aparecer en forma tardía (8). A su vez distingue un componente espontáneo del deseo, más asociado a factores biológicos, y uno subjetivo asociado a factores psicológicos y contextuales. Es el primer modelo específico para la respuesta sexual femenina y se basa en 5 fases: intimidad, estimulación sexual, excitación, evaluación adecuada de la excitación, deseo, experiencia sexual satisfactoria. La clave de este modelo es la motivación sexual, proceso por el cual se produce la conversión del significado de un estímulo, central o periférico, en un estímulo erótico. La Calle aporta en este mismo sentido. Identifica componentes fisiológicos (excitación genital), mentales (excitación subjetiva) y conductuales, propios del carácter emocional del deseo sexual, que, mediados por el tipo de estímulo, la diferenciación sexual, la biografía y el contexto, son claves en el proceso de erotización (8). Más recientemente Meana en 2010 cuestiona la existencia del deseo espontáneo, atribuyéndolo a la no identificación de factores desencadenantes y no a la ausencia de los mismos, y propone igualar deseo subjetivo y excitación sexual en la mujer (9), idea que coincide con la última definición del DSM-5 que coloca en un solo constructo los problemas de deseo y excitación sexual en la mujer.

A continuación, describiremos algunas teorías explicativas del deseo sexual.

La teoría esencialista, entiende al deseo sexual como un impulso natural, especialmente hacia la experiencia del orgasmo o el placer genital y corporal, que no necesita señales externas para desencadenarse. (5). Se considera un fenómeno biológico multisistema que implica de manera preferente los sistemas, nervioso, endócrino, vascular y motor (10).

La teoría motivacional se basa en la naturaleza emocional del deseo, que activaría, impulsaría y dirigiría las conductas eróticas de los individuos en busca de experiencias placenteras y satisfactorias, convirtiéndose además en el motor que mantendría dicha conducta erótica durante todo el encuentro hasta la consecución final de la satisfacción (7). La forma de experiencia emocional es diferente y única en cada persona (10).

El modelo de control dual ofrece una idea de la asociación entre la excitación sexual y el contexto de la experiencia sexual. Sugiere que la respuesta sexual está modulada por procesos tanto excitatorios como inhibitorios. Se cree que estos procesos trabajan juntos para desarrollar diferencias individuales en la propensión a la excitación sexual. Como otros modelos, se desarrolló originalmente sobre la base de la respuesta sexual masculina, aplicándose luego a los patrones de respuesta de las mujeres (11).

6.2 Deseo sexual. Clasificaciones. Dimensiones

Partimos de la base para analizar este apartado de que el objeto del deseo sexual es muy diverso, encontrando que se han llegado a describir más de 200 "razones para el sexo" (12).

A los efectos de este análisis, dividiremos los determinantes del deseo sexual en individuales (biológicos y psicológicos), interpersonales o relacionales, y sociales o contextuales; si bien en la práctica clínica estos pueden expresarse de formas muy variables e incluso con límites difusos. Los cambios en cualquiera de las dimensiones del deseo sexual, influyen en las otras dos dimensiones, de manera que la estructura del deseo sexual no es unidireccional sino multidireccional y multiconformacional.

En cuanto a los tipos de deseo sexual, ya fue mencionada la subdivisión en deseo sexual espontáneo o sin objeto y deseo sexual dirigido al objeto o motivacional, clasificación en la que no profundizaré ya que se encuentra en revisión.

Otra clasificación, que tiene implicancias en este trabajo ya que los predictores del deseo no son iguales para ambos, es el deseo sexual diádico y el deseo sexual solitario (13). El deseo sexual solitario es el tipo de deseo que no involucra a una pareja, se centra en las prácticas autoeróticas, como la masturbación. El deseo sexual diádico hace referencia a la presencia de otra persona y la intimidad con otro individuo (6).

A continuación, como cierre de este apartado, describiremos con más profundidad algunos de los factores que se describen en la literatura asociados al deseo sexual en las mujeres.

6.2.1 Factores individuales. Edad

Clásicamente se describe la edad, junto con la duración de las relaciones de pareja, como factores que impactan en forma negativa en el deseo sexual (14). Esto puede ser así si lo que se mide es frecuencia de la actividad sexual, por ejemplo, pero cambia si se tiene una mirada más global.

Mc Macleod & cols analizan los relatos de varones y mujeres mayores de 60 años en relaciones a largo plazo. En su estudio, "Mapping the Perceived Sexuality of Heterosexual Men and Women in Mid- and Later Life: A Mixed-Methods Study", describen cambios negativos relacionados con el envejecimiento como la reducción o pérdida del deseo o interés sexual, impedimentos de salud para la expresión sexual y la disminución del funcionamiento sexual; y también cambios positivos en su sexualidad a lo largo del tiempo, relatando autoperibirse como mejores amantes y mayor disfrute de sus encuentros sexuales. La reducción en la carga de cuidados también surgió en los discursos como aspecto positivo del envejecimiento en el ejercicio de su sexualidad (15).

6.2.2 Factores individuales. Hormonas y neurotransmisores

La activación de la respuesta sexual humana está determinada a nivel encefálico, mediada en forma bioquímica, y expresada a través de cambios anatómicos, fisiológicos, cognitivos y comportamentales. Esta se inicia a través de activadores externos (vista, olfato, tacto, oído, gusto). Esta activación de los sentidos, realizada en el momento adecuado, estimulará el deseo y la excitación,

promoviendo la aparición de activadores externos (sueños y fantasías eróticas), que potencian a su vez el deseo inicial. Tanto estímulos internos como externos son procesados a nivel encefálico, principalmente a nivel del sistema límbico e hipotálamo que son los centros integradores de los estímulos sexuales. A nivel bioquímico existen activadores (dopamina, oxitocina) e inhibidores (serotonina, opioides) de la respuesta sexual que también la modulan. Así se desencadena la respuesta genital, vascular y muscular; mamaria; extragenital, y orgásmica. Las hormonas sexuales también cumplen un rol en este ciclo, andrógenos más vinculados al deseo sexual, estrógenos a la excitación sexual, progesterona como inhibitoria de la respuesta sexual (1) (2).

Se ha demostrado que en mujeres con deseo sexual descendido hay una predisposición a la activación de circuitos inhibitorios de la respuesta sexual, perpetuada por procesos de neuroplasticidad que involucran mecanismos celulares, sinápticos, y moleculares, y que son mediados por factores biológicos, psicológicos y comportamentales (1).

Si bien la testosterona se asocia a disminución del deseo sexual, no hay claridad en los niveles a partir de los cuales esto se produce, ni de la importancia de este aspecto en la interrelación con otros factores, y no explica las diferencias de género/sexo en relación al deseo sexual (5). De igual modo, la disminución de estradiol se asocia con disminución del deseo sexual en las mujeres, pero hay mujeres con problemas en la fase de deseo sexual con dosificaciones hormonales normales, y viceversa.

Las dosificaciones hormonales no forman parte del diagnóstico de los problemas relacionados con el deseo sexual, y los fármacos son la cuarta línea de tratamiento en el Deseo Sexual Hipoactivo, luego de educación, el abordaje de factores modificables, y la terapia sexual. Hay poca evidencia que respalde a estos factores biomédicos como tratamientos efectivos o como causas del bajo deseo sexual (1) (5)

6.2.3 Factores individuales psicológicos. Imagen corporal

La imagen corporal es un constructo multifactorial que se refiere a la percepción subjetiva y a la actitud frente al propio cuerpo. Incluye aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales del individuo (16).

Varios estudios relacionan en forma positiva la satisfacción con la imagen corporal con el deseo sexual. Dosch A, Ghisletta P, Van der Linden M realizaron un estudio con mujeres en relaciones de pareja estable donde se buscó la asociación de pobre imagen corporal con disminución del deseo sexual tanto diádico como en solitario, encontrando una asociación positiva en ambos. Evaluaron también dos factores cognitivos, con la hipótesis de ser los mediadores de esta asociación: la existencia de pensamientos distractores relacionados al cuerpo durante la actividad sexual, y la tendencia a priorizar codificaciones internas preexistentes a la información externa (encoding style). Se encontró que los pensamientos distractores no median esta asociación cuando hablamos de parejas, si en solitario. Esto puede explicarse por otros factores mediadores, como la confianza para exponer el cuerpo desnudo frente al otro, y el refuerzo positivo de las señales eróticas de excitación y aceptación del otro durante el encuentro sexual, que permiten a las mujeres focalizarse en la experiencia sexual sin pensamientos distractores (6). Como en tantos otros aspectos del deseo sexual, se entrecruzan los factores personales con los contextuales y estructurales.

Los malestares en relación a la imagen corporal son muy frecuentes en la actualidad, y mantienen una marcada diferencia de género, siendo más frecuentes en mujeres. Para entender esta diferencia nos basaremos en la teoría de la objetivación sexual de Fredrickson y Roberts (1997) que se refiere al acto de mirar, tratar y valorar a una mujer con base en el uso que puede darse a su cuerpo o partes de su cuerpo para el placer sexual de otros. Coloca al cuerpo de la mujer como objeto que puede ser observado, deseado, usado y juzgado (6).

Es frecuente que la preocupación por la apariencia física, incluso la de los genitales, especialmente durante y en referencia a la actividad sexual, contribuya a su bajo deseo. La heteronormatividad se centra en la apariencia sexual de las mujeres por encima de su placer, socializa a las mujeres para que sean sexys en lugar de sexuales; las posiciona como objetos sexuales para sus parejas varones. Esto puede resultar en objetivación sexual. La internalización de esta objetivación (auto objetivación sexual) significa que el deseo de las mujeres a menudo depende de si piensan que son deseables (5).

Freijo, politóloga argentina especializada en género, reflexiona sobre este tema. Plantea que existe un ideal de cuerpo perfecto que se conforma por cánones estéticos construidos colectivamente por la industria cultural. Las mujeres conviven con su cuerpo con inseguridad por lo que les falta. Esta inseguridad es fomentada por una industria que ofrece soluciones para acercar el cuerpo real a ese ideal (17).

Otra idea que desarrolla es como la vivencia de la sexualidad en las mujeres se asocia fuertemente con prácticas relacionadas con la belleza. A lo largo de la historia se ha asociado el deseo a la posesión, cuánto más inalcanzable es la mujer más crece el deseo y la percepción de belleza sobre ella. También a la fragilidad y necesidad de protección por el varón. El deseo sexual se relaciona con cumplir con los mandatos de belleza, es lo que permite a las mujeres ser deseadas, y amadas. A propósito de esto Freijo reflexiona "...Estamos tan educadas desde la antigüedad a relacionar sexualidad con disposición a ser objeto deseado en lugar de deseante, que cuando sentimos que no encajamos, directamente nuestras ganas de tener relaciones sexuales se anulan. El amor propio es romper con la dependencia de nuestro estado anímico a los mandatos de belleza. Lo revolucionario no pasa por tener el valor de sentirnos dignas de ser amadas, sino de sentirnos dignas de desear..." (17).

Sin restar importancia al peso relativo de los factores contextuales detallados anteriormente, se ha visto que la influencia de éstos varía entre individuos, de acuerdo a factores cognitivos que intervienen en el procesamiento de la información en relación a su cuerpo; determinando distintas trayectorias en la construcción de la imagen corporal y su influencia en la respuesta sexual. (6)

6.2.4 Factores interpersonales o relacionales. Fluctuaciones y discrepancia en el deseo sexual

La tendencia a la fluctuación de los niveles de deseo sexual suele ser una característica habitual de las relaciones, y no necesariamente un defecto que debe corregirse. La mayoría de las mujeres experimentan cambios en el deseo sexual, y en algún momento experimentaron o experimentan discrepancias en el deseo sexual con una pareja (12).

La discrepancia sexual está presente cuando existe una diferencia en el nivel de deseo

de las personas que integran una relación íntima.

Al igual que sucede con las fluctuaciones individuales del deseo, esta discrepancia no configura en sí misma un problema, siendo importante para determinar si lo es, la presencia o no de distrés, y si éste es del individuo, de la pareja, y/o del vínculo. La persistencia de las diferencias, o su aumento a lo largo del tiempo son otros factores que pueden aumentar el malestar en relación a este tema.

Vowels & cols recogen en su estudio "Ebbs and Flows of Desire: A Qualitative Exploration of Contextual Factors Affecting Sexual Desire in Bisexual, Lesbian, and Straight Women", los relatos en relación a las fluctuaciones del deseo sexual en mujeres a través de entrevistas semiestructuradas a 31 mujeres. Las razones que aparecen en los relatos de las mujeres son muy variables e incluyen cambios vitales como menopausia, enfermedades médicas, nacimiento de hijos, anticonceptivos orales, etapas del ciclo menstrual, fármacos, estado de ánimo, factores del vínculo como sentimiento de cercanía, intimidad, poder, sentirse deseada, curiosidad, entre otras (12), estrés de la relación, falta de sueño, aflicción, ansiedad relacionada con el trabajo o imagen corporal. (18). Es importante tener en cuenta esta diversidad de determinantes para evitar la tendencia de considerar que todos los casos de discrepancia sexual son secundarios a problemas relacionales.

Las preferencias sexuales y las motivaciones para la actividad sexual, principalmente en las relaciones estables, pueden variar a lo largo del tiempo (19); y la discordancia en los miembros de la pareja en estos aspectos puede generar discrepancia en el deseo sexual (20). Otras razones pueden ser la búsqueda de equilibrio de poder o la manifestación de insatisfacción con otros aspectos de la relación de pareja (19).

En otro estudio Vowels L y Mark K, analizaron las estrategias más referenciadas por las mujeres para manejar la discrepancia sexual. Estas fueron: no hacer nada, masturbarse, comunicarse, participar juntos en una actividad alternativa, o tener relaciones sexuales de todos modos (20). Fueron más efectivas las estrategias que se realizan en pareja que en solitario.

Vowels & cols en "Ebbs and Flows of Desire: A Qualitative Exploration of Contextual

Factors Affecting Sexual Desire in Bisexual, Lesbian, and Straight Women” analizan por métodos cualitativos las fluctuaciones en el deseo sexual en mujeres con distintas orientaciones sexuales. Encontraron que, si bien la discrepancia del deseo fue una parte integral de todas las experiencias de las mujeres, solo las mujeres heterosexuales hablaron sobre el sexo como un deber y muchas de ellas sintieron que negarse a tener relaciones sexuales dañaría el ego de su pareja. Por otro lado, solo las mujeres bisexuales hablaron sobre estar en una relación no monógama consensuada como una forma de lidiar con la discrepancia del deseo que les permitió disfrutar plenamente de su sexualidad (12).

En esta línea Moor & cols, recogen las experiencias subjetivas de mujeres heterosexuales en relaciones estables con percepción de disminución del deseo sexual a lo largo del tiempo. En su estudio “When Desire Fades: Women Talk About Their Subjective Experience of Declining Sexual Desire in Loving Long-term Relationships”. En este estudio las mujeres no se preocupan por la disminución del deseo por ellas mismas, sino por el impacto de esto en sus parejas y en la relación entre ellos. Algunas mujeres incluso lo conceptualizan como trabajo de cuidado sexual, es decir, “trabajo” doméstico que las mujeres realizan con el objetivo de cuidar el bienestar de sus parejas (21).

Otros aspectos que surgen de las narrativas de las mujeres en estudios similares son: frustración, conflicto, presión, miedo a la infidelidad o a perder la pareja (22).

En la base de estos relatos hay mandatos de género, como anteponer deseo del varón ante necesidades propias, los sentimientos de culpa depositados en las mujeres, responsables emocionales del bienestar de su pareja, el modelo de mujer como objeto de deseo, y el mandato monogámico de relaciones heterocentradas. En relación a esto, Ana Requena, periodista española especializada en temas de género reflexiona: “...Que finjamos orgasmos para complacer, que domemos nuestro deseo con tal de parecer deseables para otros, han conseguido que los placeres sean para nosotras actores secundarios y la culpa el plato principal. Es el patriarcado amiga que metió todos esos conceptos en la coctelera y agitó para convertir en sexo y el placer en un arma, una más, con la que disciplinarnos...” (23).

Si bien el deseo puede aparecer o aumentar durante el curso del acto sexual, tener relaciones sexuales sin la suficiente motivación no es una recomendación adecuada para el abordaje de la discrepancia sexual. Hay evidencias que sostienen que el rechazo positivo produce mejores resultados en comparación a tener relaciones sexuales con fines de evitación. Esto implica entender que la persona con menos deseo no es la única que modifica o justifica su deseo sexual. (19) (23).

En esta misma línea, la Sociedad Europea de Medicina sexual en su documento “Sexual Desire Discrepancy: A Position Statement of the European Society for Sexual Medicine” da sugerencias para el abordaje de este tema: normalizar la variación en el deseo sexual; enfatizar la naturaleza diádica, y relacionada con la edad, de la discrepancia sexual; desafiar el mito del deseo sexual espontáneo, romper la rutina sexual y ampliar el repertorio sexual; asistir en el desarrollo de guiones sexuales conjuntos que sean mutuamente satisfactorios. (19)

6.2.5 Factores relacionales. Comunicación sexual

Existe un fuerte apoyo para examinar la función y la disfunción sexual dentro del contexto de una relación (24). En relación a la comunicación sexual ésta se asocia positivamente a todos los dominios de la respuesta sexual, y varios estudios consultados apoyan esta afirmación (11) (25).

Mallory A, Stanton A, Handy A en un reciente meta-análisis sobre comunicación y función sexual, “Couples’ sexual communication and dimensions of sexual function: A meta-analysis”, demuestran que la comunicación sexual juega un papel particularmente importante para facilitar el deseo sexual de las mujeres, siendo el género el único moderador relevante en esta asociación. A su vez, plantea como posible explicación a este hallazgo la predominancia del deseo sexual receptivo sobre el espontáneo en mujeres comparado con varones. La comunicación sexual facilitaría el ciclo motivación-receptividad para futuros encuentros, ya que las mujeres que tienen más probabilidades de responder positivamente a los avances de sus parejas también pueden sentirse más cómodas hablando de temas sexuales dentro del contexto de la relación (25).

Esta interpretación genera una reflexión, pudiendo ver aquí un ejemplo de la transversalización de los mandatos de género, presentes en el saber científico como parte de la sociedad patriarcal toda. En este caso particular –mujer en posición de espera-mujer con deseo sexual solo motivacional.

Es importante en este punto ampliar la mirada de posibles explicaciones a esta relación asociada al género encontrada. La comunicación sexual se enmarca en relaciones interpersonales, entre mujeres y varones a los efectos de este trabajo, y éstas se conciben desde el modelo patriarcal como relaciones de poder. Estas relaciones de poder muestran su asimetría también en el ejercicio de la sexualidad, y en la comunicación de los deseos. Oyhantcabal en su tesis “Resistir y transformar guiones sexuales: cuerpo, emociones y negociaciones del placer y del deseo en el encuentro heterosexual”, donde identifica dificultades en la verbalización de los deseos como forma de negociación de los mismos dentro de la pareja. En esta línea, en su libro “Feminismo vibrante: si no hay placer, no es nuestra revolución” Ana Requena plantea “...la disciplina que pone en marcha el patriarcado a través del sexo no solo opera cuando ponemos en práctica nuestro deseo o cuando tenemos relaciones, opera también cuando hablamos de sexo, cuando disputamos el relato patriarcal, o cuando nuestras maneras salen de lo estipulado...” (23). Identifica una asociación entre sexo y respetabilidad, una necesidad de cuidado de la reputación y del riesgo a las etiquetas, que opera generando asimetrías de género en la negociación de los deseos a través de la comunicación, y que representa visualmente como “cinturón de castidad metafísico”, “... necesitamos hablar de sexo, mucho, y no podemos tolerar que eso nos siga invalidando en ningún aspecto de la vida, ni en lo personal, ni en lo profesional...” (23).

Ambas autoras marcan la importancia de la enunciación en el plano de lo sexual, tanto para orientar las prácticas sexuales en la línea de los deseos, como para la puesta de límites; identificando que cuando es necesario decir no, aparecen sentimientos como la culpa, la incomodidad o el miedo. A su vez identifican un discurso que busca invalidar a las mujeres que se posicionan en este lugar de enunciación de sus deseos en relación a su sexualidad, que se transfiriere a todos los ámbitos de su vida.

En relación a acciones que tiendan a mejorar esta asimetría, Oyhantcabal propone:

“... Promover el diálogo, y el registro y consideración de nuestros placeres, permite ir construyendo encuentros heterosexuales más justos y menos patriarcales que, en definitiva, se viven de forma plena y satisfactoria...” (3).

En las conclusiones de su tesis, Oyhantcabal plantea que son tres los elementos que aparecen como claves en el tránsito de transformación y reapropiación sexual: los discursos del feminismo, el hablar sobre sexualidad con otras mujeres, y el autoerotismo o autoexploración. Aquí aparece otra variable que tiene que ver con la comunicación que es el diálogo e intercambio sobre aspectos de su sexualidad entre mujeres, que habilita a romper con ciertos tabú, y a entender la sexualidad es su dimensión política: “...enunciarlo, convertirlo en palabra colectiva, permite quebrar el silencio y el pudor que venía disciplinando nuestra sexualidad, permite acercarnos a nuestra corporalidad de una forma más desprejuiciada, que habilita y potencia nuestro erotismo y placer...” (3).

6.2.6 Factores Contextuales- Estructurales

La heteronormatividad se refiere a un conjunto de estructuras y creencias sobre género/sexo y sexualidad. Van Anders & cols plantean en su trabajo “Heteronormativity Theory of Low Sexual Desire in Women Partnered with Men” que la heteronormatividad ya está en la ciencia pero en gran parte en forma no explícita. Lo que hace esta teoría es ponerla en primer plano, que genere un fuerte marco explicativo, un proceso conocido como “objetividad fuerte”, donde se aborda el sesgo en lugar de presumirlo ausente o cancelado como en la ciencia tradicional (5).

Según esta teoría, los enfoques biomédicos y psicológicos han aportado conocimientos significativos sobre el deseo sexual en las mujeres con vínculos heterosexuales, pero no son suficientes para entender qué causa esos procesos psicológicos o dinámicas interpersonales, y por qué suceden en tantas mujeres. Sugieren que una explicación viable es que estos patrones son estructurales: que los roles y normas de género heteronormativos provocan un bajo deseo en mujeres en pareja con varones, y lo hacen a través de 5 elementos principales:

- Divisiones no equitativas del trabajo doméstico en horas y en tipo de tareas, quedando en las mujeres tareas menos gratificantes o con más

rigidez de horarios (varones juego con hijos, mujeres tareas escolares o de higiene), y tareas de sobrecarga emocional como la gestión de las tareas.

-Tareas de cuidados, con distribución no equitativa, en una sociedad que des-sexualiza la maternidad, y que penaliza la decisión de no asumir tareas de cuidado en forma desigual.

-Objetivación de los cuerpos de las mujeres, ya desarrollado.

-Normas de género en relación a la iniciación sexual: a las mujeres se les enseña a responder a la iniciación sexual, pero no ser agente sobre el inicio de las relaciones sexuales, para evitar ser etiquetada como "frígida" o "puta". No querer sexo cuando una pareja inicia no es lo mismo que no querer sexo.

-Distribución desigual del cuidado mutuo en la relación de pareja a favor de las mujeres, en lo instrumental, y en lo emocional (5).

Este último punto se discute ampliamente desde el feminismo, que plantea que, en los vínculos de pareja entre mujeres y varones, esta distribución desigual existe, y genera sobrecarga en las mujeres. A su vez, está normalizada ya que se sostiene en roles de género transmitidos desde la niñez. Según Ana Requena: "...Hablemos ahora de otro concepto. Trabajo emocional. Gestionar las emociones, las tuyas y las del otro, plantear las conversaciones importantes. Es el mandato de cuidado y agrado" (23).

Continuando con el planteo de Van Anders & cols, los mecanismos fisiológicos asociados a la heteronormatividad involucran dos hormonas, cortisol y testosterona. Considerando que los factores antes descritos generan estrés crónico en las mujeres, este se asocia a cortisol elevado en forma mantenida, que podría generar desregulación de eje adrenal con consecuencias en la interpretación de la excitación sexual (equiparable al estrés agudo) y las señales del placer entre otros factores. También proponen que las tareas de crianza disminuyen los niveles de testosterona y aumentan los de oxitocina, hormonas implicadas en la respuesta sexual (5).

Nicolson P y Burr J en su estudio "What is "normal" about women (hetero) sexual desire and orgasm?: a report of an in-depth interview study" recogen los discursos de la construcción de la sexualidad de las mujeres, que ilustran los conceptos teóricos recién descritos. De las narrativas surge que la construcción del deseo y el orgasmo heterosexual de las mujeres se

revela a través de una variedad de lenguaje que incluye teorías psicológicas, ficciones románticas, y creencias populares, basadas en normas de género dicotómicas. En este sentido, las mujeres fueron construidas como receptivas, generosas y sumisas. Los hombres, por el contrario, eran vistos en gran medida como activos y físicos. Las mujeres describieron su propia realización sexual en términos de corporalidad, pero esto era cualitativamente distinto de la aplicación masculina del término. A su vez está presente el imperativo coital y orgásmico (26).

Vance teoriza sobre la poderosa tensión entre el peligro sexual y el placer sexual en la vida de las mujeres, "la sexualidad es, a la vez, un terreno de constreñimiento, de represión y peligro; y un terreno de exploración, placer y actuación" (27). Interesa tomar este concepto para entender cómo el discurso que sitúa a los varones como sujetos y a las mujeres como objetos opera en relación al peligro.

En primer lugar, la idea de que el deseo de las mujeres debe ser conseguido habilita prácticas que pueden derivar en situaciones de violencia de género y violencia sexual. Citando a Requena A "...el deseo de las mujeres tiene que ser conseguido, bien con insistencia, alcohol, o cualquier otra estrategia..." (23). En segundo lugar, la idea del deseo sexual de los varones como un impulso biológico habilita la justificación social en planos más o menos consientes de la violencia sexual en todas sus formas, según Requena A "...las mujeres somos objetos de ese deseo y somos nosotras que debemos cuidarnos y protegernos..." (23). Finalmente, la idea de las mujeres como objeto sexual de los varones habilita a que mostrarse como deseantes puede responsabilizarlas de acciones no consentidas. Como ejemplifica Requena A "... el patriarcado comienza por convencernos de que no podemos disfrutar de nada sin sentirnos culpables. Pasamos horas y horas pensando que hicimos mal, que hay de mal en nosotras, en nuestra forma de actuar o vestir. Y cuando llamamos se cierra el círculo del patriarcado..." (23).

En relación a las diferencias de género en la respuesta sexual Carvalho & cols compararon la respuesta de varones y mujeres a estímulos románticos vs sexualmente explícitos, midiendo la respuesta automática a estos estímulos (a través de una tarea experimental destinada a medir la atención), y comparándola con la manifestada por los participantes (tarea de autoinforme) (28).

Los resultados de la tarea experimental no revelaron diferencias de género en el procesamiento de estímulos románticos vs sexualmente explícitos, lo que sugiere que, en términos de atención automática, ambos géneros se comportan de manera similar. Al analizar los reportes de los participantes encontraron que, aunque ambos géneros calificaron a los estímulos románticos como menos excitantes sexualmente, los hombres consideraban los estímulos sexualmente explícitos más excitantes que las mujeres.

Estos hallazgos se alinean con la literatura previa que muestra distintos patrones de respuesta entre géneros a nivel de la respuesta subjetiva pero no a nivel de la respuesta genital. Proponen que podrían ser los factores culturales como los roles, guiones y estereotipos de género los que expliquen estas diferencias, asumiendo que las tareas automáticas son más biológicamente mediadas y menos propensas a influencias sociales, mientras que las tareas de autoinforme dependen menos de mecanismos orgánicos y pueden estar más influenciadas por lo que los participantes sienten que es la respuesta correcta (28).

En esta línea es importante destacar un aspecto que se ha modificado en la literatura de los últimos años que tiene que ver con cómo se interpretan las diferencias de género en la respuesta sexual en general, y en el deseo sexual en particular y sus dimensiones, en la satisfacción sexual, así como en los sentimientos negativos asociados a la sexualidad como, por ejemplo, la culpa y ansiedad. En la mayoría de la literatura de los últimos 5 años, se asume que esa diferencia no se explica por diferencias biológicas sino por adaptación individual a los estereotipos de género. En relación al deseo, cada vez hay más investigaciones que respaldan la idea de que no hay razones para suponer que el deseo sexual y la gratificación sexual son menos importantes para las mujeres y que es igualmente probable que busquen placer sexual en sus encuentros sexuales como lo hacen los varones (8) (13) (14).

La relación de la pornografía con el deseo sexual se ha estudiado, con resultados no siempre concordantes. En este apartado interesa destacar su asociación con estereotipos de belleza y performance, roles de género, y guiones sexuales no realistas, con su ya descrito impacto negativo (14).

Interesa también resaltar en este apartado, resultados de un estudio de Macleod

& cols que elaboró un mapa conceptual de cómo experimentan la sexualidad personas mayores de 45 años heterosexuales en relaciones de pareja. Allí aparece un aumento en la satisfacción y el disfrute en sus encuentros sexuales cuando fueron capaces de superar las actitudes aprendidas sobre la sexualidad, los roles de género y los comportamientos sexuales. Esto sugiere que aprender a ignorar los mensajes socialmente predominantes acerca de que el sexo es dominio de los jóvenes puede ser una parte importante para poder mantener una vida sexual positiva hasta bien entrada la vejez (15).

Esto ilustra que, si bien no es posible “librarse” de ellos, el cuestionamiento a los roles y mandatos de género en el ejercicio de la sexualidad puede modular el impacto de los mismos tanto en esta dimensión, como en la individual y relacional. Si bien en este estudio se atribuye este cambio de mirada a la trayectoria vital, hace pensar que desarrollar esta dimensión en el campo de la educación sexual puede contribuir en el mismo sentido en todas las edades.

Para cerrar este apartado podemos decir que el control sobre deseo sexual de las mujeres se incluye en la segunda ola del feminismo y su frase “lo personal es político”. Esto implica entender al patriarcado como un elemento que modela el deseo sexual de las personas, particularmente de las mujeres, a través de mandatos y penalizaciones sociales; e implica entender al feminismo como un campo de conocimiento desde donde entenderlo y deconstruirlo.

Citando a Ana Requena: ...” el patriarcado también construye nuestro deseo. Pero el deseo es también una mezcla de pulsiones. Es multifactorial. Nuestra tarea consiste en identificar qué es placentero y bajo qué condiciones, y en controlar la experiencia de modo que esta se dé más a menudo. ¿Qué es lo correcto? Lo que a ti personalmente te pueda dar satisfacción y placer. Si no podemos desear y gozar sin ser penalizadas, no es nuestra revolución...” (23).

Esta revisión permitió dar un marco para la comprensión de un fenómeno complejo, diverso y multifactorial, que responde a la propia diversidad de las mujeres, habiendo acuerdo en la importancia de ponderar cada una de las dimensiones en la evaluación y el abordaje del deseo sexual en las mujeres.

La bibliografía relativa al tema pone énfasis en el peso relativo de cada dimensión en la respuesta sexual de las mujeres, y particularmente en el deseo sexual. A su vez identifica nuevos constructos y reconfigura otros. Se observa una tendencia a articular las dimensiones del deseo sexual en las mujeres, reconociendo la importancia de los factores contextuales. Esto implica cuestionar la colocación del problema únicamente en el "cuerpo" de las mujeres promoviendo la despatologización, y visibilizar las estructuras patriarcales que están en la base de este tema, y a las que el propio conocimiento científico, que es generado por personas que forman parte de esta estructura, responde.

En relación a los factores individuales que modulan el deseo sexual en las mujeres podemos concluir que las hormonas son reguladores importantes del deseo sexual, pero interrelacionadas con otros múltiples factores, lo que hace que su papel sea difícil de definir. Por otra parte, los factores cognitivos modulan en cada individuo la influencia de cada determinante en la respuesta sexual, generando distintas trayectorias en relación al peso de cada uno en la construcción de su deseo.

En los factores relacionales es fundamental comprender la necesidad del otro de tener sexo, pero también la necesidad de no tener sexo; construir narrativas no patologizantes-normalizadoras de las variaciones interpersonales y a lo largo del ciclo de vida del deseo sexual en las mujeres; y contribuir a la problematización de normas y mitos sociales que sostienen las expectativas sexuales. Es incuestionable el rol de la comunicación en estos aspectos, tanto en el espacio de la pareja como entre pares.

En relación a los factores contextuales la evidencia permite afirmar que las diferencias de género en relación al deseo sexual no están biológica sino culturalmente mediadas. Es fundamental identificar patrones que se repiten, liberar culpas por sentir que no se cumple con lo esperado, y cuestionar y superar las actitudes aprendidas sobre la sexualidad, los roles y mandatos de género, y los comportamientos sexuales. Este ejercicio puede modular el impacto de estos aspectos tanto en esta dimensión como en la individual y relacional.

Como en otras áreas de la sexualidad humana, el deseo sexual articula cuestiones que suceden en el ámbito personal e íntimo, tanto individual como de pareja, con un sistema social e histórico desigual en relación al género en

muchas dimensiones. Es importante entender como estas relaciones desiguales se manifiestan en el campo de la sexualidad, siendo ésta última un terreno privado, pero también político donde se reproducen los sistemas de opresión presentes en la cultura patriarcal.

Los trabajos analizados demuestran que, si bien los avances son notorios, aún existen ciertas prácticas, que se ponen en juego en cada individuo y la construcción de su deseo, y en su interacción con otros. Esto también sucede en la interpretación y abordaje de este tema por las ciencias médicas. En todos estos espacios se reproducen y generan jerarquías y desigualdades de género, que favorecen la aparición de problemas en esta dimensión de la respuesta sexual, y la medicalización del abordaje de este tema.

De esta discusión surge la importancia de conocer e intervenir en cada una de las dimensiones en cada individuo en particular, con una mirada integral. El feminismo tiene a su vez un campo de conocimiento propio en este tema, que contribuye a entender como el patriarcado modela el deseo sexual de las personas, particularmente de las mujeres, a través de mandatos y penalizaciones sociales, que es importante identificar y abordar desde la medicina sexual. Desarrollar el conocimiento de cada determinante en el deseo sexual con perspectiva de género en el campo de la educación sexual puede contribuir a modular el impacto en el mismo sentido en todas las edades.

8 Recomendaciones

Es necesario continuar en el camino de abordar el deseo sexual de las mujeres desde una mirada integral, integrada, integradora y desprejuiciada; promoviendo la despatologización, desnaturalización y desculpabilización desde el conocimiento científico en el campo de la medicina sexual. El abordaje desde la promoción de la salud sexual y la educación sexual, centrado en el bienestar individual y el ejercicio pleno y libre de los derechos sexuales en este tema, tanto en la consulta individual o de pareja, o en espacios colectivos como talleres, son desafíos para la investigación y la intervención en esta área en todos los grupos etarios.

9 Reflexiones finales

Creo que los contenidos de este trabajo nos atraviesan a todos, como parte esta sociedad, particularmente a las mujeres, y más particularmente a aquellas que nos desempeñamos en el ámbito de la salud. Los tres roles me representan.

El género, aunque muchas veces invisibilizado o naturalizado, es un fuerte determinante social de la salud, e impacta en los procesos de salud enfermedad de las personas en general y las mujeres en particular. Identificarlo es el primer paso para desnaturalizarlo. Esto requiere un trabajo a la interna como individuo, y como profesional. Hacer el ejercicio cotidiano de reconocer los mandatos, señalarlos, cuestionarlos. Problematizar mis prácticas, eliminar aquellas que puedan perpetuarlas, desaprendiendo para volver a aprender. Y por último oficiar cómo facilitadora de la reflexión y la desnaturalización en las personas que atiendo y en sus familias, en los equipos interdisciplinarios y espacios territoriales interinstitucionales que integro, etc.

La atención centrada en la individualidad y diversidad, el abordaje integral

en las dimensiones bio-psico-social y espiritual, el conocimiento y abordaje de la persona en su contexto familiar, territorial, histórico y cultural, y la construcción de una relación de confianza basada en la longitudinalidad de la atención médica, son la base de la práctica cotidiana de la Medicina Familiar y Comunitaria. Alimentada por los saberes del campo de conocimiento de la Medicina Sexual, forman un escenario adecuado para abordar este tema en toda su complejidad.

Sin ánimo de alimentar el modelo médico hegemónico, el cual intento desarmar en el día a día, ejercitando la toma de decisiones compartidas y basando mi trabajo cotidiano en la interdisciplina, desde el espacio de la consulta médica, siento que poseo una voz que es escuchada, y esto es una enorme responsabilidad, y también una gran oportunidad para generar pequeños, tímidos, iniciáticos, espacios de deconstrucción. Responsabilidad individual y profesional que aspiro contribuya a una transformación social feminista más justa para las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Goldstein I NNCADLGAPSea. *Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review*. Mayo Clin Proc. 2017 Enero; 92(1).
- Cabello F. *Introducción a la sexología*. In Cabello F. *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis; 2010. p. 25-39.
- Oyhantcabal L. *Resistir y transformar guiones sexuales: cuerpo, emociones y negociaciones del placer y del deseo en el encuentro heterosexual*. [Online].; 2020 [cited 2022 abril 1. Available from: <https://diqibug.ugr.es/handle/10481/63488>.
- Gomez E. *Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica*. Pan Am J Public Health. 2002 Noviembre; 11(5/6).
- Van Anders S HDBLHECS. *The Heteronormativity Theory of Low Sexual Desire in Women Partnered with Men*. Arch Sex Behav. 2022; 51(1).
- Dosch A, Ghisletta P, Van der Linden M. *Body Image in Dyadic and Solitary Sexual Desire: The Role of Encoding Style and Distracting Thoughts*. J Sex Res. 2016; 53(9).
- Pérez M SLSS. *Una aproximación al deseo erótico como proceso motivacional*. Revista Sexología y Sociedad. 2019; 25(1).
- Calle PL. *Introducción y fundamentos anatómicos de la sexualidad femenina*. In Cruz N. *Tratado de andrología y medicina sexual*. Madrid: Panamericana; 2011. p. 793-808.
- Meana M. *Elucidating Women's (hetero)Sexual Desire: Definitional Challenges and Content Expansion*. Sex Res. 2010; 47(2).
- LC. *Acerca del deseo sexual. Reflexiones para un modelo conceptual integrado*. Anuario de Sexología. 2000;(6).
- Handy A SAM.SR2, 56(3):345-355. *What Does Sexual Arousal Mean to You? Women With and Without Sexual Arousal Concerns Describe Their Experiences*. Sex Res. 2019; 56(3).
- Vowels L RDBHMK. *Ebbs and Flows of Desire: A Qualitative Exploration of Contextual Factors Affecting Sexual Desire in Bisexual, Lesbian, and Straight Women*. J Sex Marital Ther. 2020; 48(8).
- Vowels L VMMK. *Uncovering the Most Important Factors for Predicting Sexual Desire Using Explainable Machine Learning*. J Sex Med. 2021;(18).
- Rausch D RM. *Predictors of Sexual Satisfaction in Women: A Systematic Review*. Sex Med Rev. 2021; 9(3).
- Macleod A BLMM. *Mapping the Perceived Sexuality of Heterosexual Men and Women in Mid- and Later Life: A Mixed-Methods Study*. Sex Med. 2020; 8.
- Quinn Nilas LBRMABMG. *The Relationship Between Body Image and Domains of Sexual Functioning Among Heterosexual, Emerging Adult Women*. Sex Med. 2016; 4.
- Frejio M. *Las exigencias del cuerpo perfecto*. In M F. *Maleducadas*. Montevideo: Planeta; 2021. p. 157-167.
- Debby Herbenick MMKM. *Sexual Desire Discrepancy as a Feature, Not a Bug, of Long-Term Relationships: Women's Self-Reported Strategies for Modulating Sexual*. Journal of Sexual Medicine. 2014; 11(9).
- Dewitte M CJGLERYSA.. *Sexual Desire Discrepancy: A Position Statement of the European Society for Sexual Medicine*. Sex Med. 2020; 8.
- Vowels L MK. *Strategies for Mitigating Sexual Desire*

Deseo sexual en mujeres en vínculos heterosexuales. Revisión de miradas desde la medicina sexual y los feminismos.

- Discrepancy in Relationships. Archives of Sexual Behavior.* 2020; 49(3).
- 21 Moor A HYSS. *When Desire Fades: Women Talk About Their Subjective Experience of Declining Sexual Desire in Loving Long-term Relationships.* *Journal of Sex Research.* 2021; 58(2).
- 22 Akhavan P OG,SMBM. *Women's Perceptions and Feelings about Loss of Their Sexual Desire: A Qualitative Study in Iran.* *IJCBNM.* 2018; 6(2).
- 23 Requena A. *Feminismo vibrante. Si no hay placer no es nuestra revolución.* 1st ed. Madrid: Roca Editora; 2020.
- 24 Attaky A SJKGDM. *The Role of Sexual Desire, Sexual Satisfaction, and Relationship Satisfaction in the Sexual Function of Arab Couples Living in Saudi Arabia.* *Sex Med.* 2021;(9).
- 25 Mallory A SAHA. *Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: A meta-analysis.* *Journal of Sex Research.* 2019; 56(7).
- 26 Nicolson P BJ. *en su estudio "What is "normal" about women (hetero sexual desire and orgasm?: a report of an in-depth interview study".* *Social Science and Medicine.* 2003; 57(9).
- 27 Vance C. *El placer y el peligro; hacia unapolítica de la sexualidad. In Vance C. Pacer y peligro. Explorando la sexualidad femenina.* Madrid: Talasa Ediciones S.L; 1989. p. 9-48.
- 28 Carvalho J CORMNPSS. *Gender Differences in the Automatic Attention to Romantic Vs Sexually Explicit Stimuli.* *J Sex Med.* 2018; 15(8).